UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1952-1953

N° 174

Contribution à l'Etude de la Méthode de Filatov dans le traitement des paradentoses

Thèse pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement le mercredi 15 Juillet 1953

PAR

Guy-Pierre SEUREAU

Chirurgien-Dentiste
Externe des Hôpitaux de Bordeaux

Né le 20 Mai 1926 à MONTPON-sur-L'ISLE (Dordogne)

Jury
- MM. DUBECQ, Professeur..... Président
- DERVILLÉE, Professeur..... } Juges
- DESPONS, Professeur agrégé..... } Juges
- BENOIT, Professeur agrégé..... } Juges

BORDEAUX
Imprimerie du Nontronnais
J. BARBEZIEUX, Sr
6, rue Sainte-Eugénie

1953

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1952-1953

N° 174

Contribution à l'Etude de la Méthode de Filatov dans le traitement des paradentoses

Thèse pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement le mercredi 15 Juillet 1953

PAR

Guy-Pierre SEUREAU

Chirurgien-Dentiste

Externe des Hôpitaux de Bordeaux

Né le 20 Mai 1926 à MONTPON-sur-L'ISLE (Dordogne)

Jury
- MM. DUBECQ, Professeur..... Président
- DERVILLÉE, Professeur..... Juges
- DESPONS, Professeur agrégé..... Juges
- BENOIT, Professeur agrégé..... Juges

BORDEAUX

Imprimerie du Nontronnais

J. BARBEZIEUX, Sr

6, rue Sainte-Eugénie

1953

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYENS HONORAIRES : MM. DUPERIÉ, CHELLE
DOYEN : M. PORTMANN. — **ASSESSEUR** : M. SIGALAS

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. A. MANDOUL, GUYOT, ANDÉRODIAS, ROCHER, LANDE, DUVERGEY, CARLES, LEURET, PÉRY, LABAT, CHARRIER, DUBREUIL, MACHEBŒUF, CRUCHET

PROFESSEURS :

	MM.		MM.
Clinique médicale	CREYX, BROUSTET	Clinique ophtalmologique	BEAUVIEUX
Clinique chirurgicale	PAPIN, MASSÉ	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	POUYANNE
Clinique d'accouchements	RIVIÈRE	Clinique des maladies infectieuses	AUBERTIN
Clinique gynécologique	MAGENDIE	Chimie biologique et médicale	TAYEAU
Anatomie pathologique et microscopie clinique	DE GRAILLY	Physique médicale et pharmaceutique	PIFFAULT
Anatomie	DUFOUR	Médecine coloniale et Clinique des maladies exotiques	BONNIN
Anatomie générale et histologie	MAYER	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JOULIA
Hygiène et Clinique de la tuberculose	PIÉCHAUD	Clinique des maladies des voies urinaires	DARGET
Médecine légale et médecine du travail	DERVILLÉE	Clinique des maladies nerveuses et mentales	DELMAS-MARSALET
Electroradiologie et Clinique d'électricité médicale	REBOUL	Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN
Chimie	MESNARD	Toxicologie et hygiène appliquée	CASTAGNOU
Matière médicale	GOLSE	Clinique odonto-stomatologique	DUBECQ
Pharmacie	VITTE	Botanique et cryptogamie	GIRARD
Physiologie	FABRE	Thérapeutique	N...
Clinique médicale des maladies des enfants	FONTAN		
Zoologie et parasitologie	SIGALAS		
Pathologie générale et expérimentale	SARIC		

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

MM. PERRENS (Maladies mentales), BLANQUET (Physique pharmaceutique)

MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS

	MM.		MM.
Parasitologie	PAUTRIZEL	Pharmacie (1re section)	R. GOLSE
Physiologie	Mlle ROUGIER	Pharmacie (2e section)	MASQUELIER
Bactériologie	MOUSTARDIER		QUILICHINI
Anatomie pathologique	LEGER	Pharmacie (3e section)	CAZAUX
Anatomie	RIGAUD	Biochimie médicale	NEUZIL
		Pathologie expérimentale	FAURE

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Médecine générale	DUBARRY, F.-J. TRAISSAC, BERGOUIGNAN, LENG-LEVY, LAVIGNOLLE, MORETTI	Obstétrique	CHASTRUSSE, FAUGÈRE
		Ophtalmologie	BESSIÈRE
		Oto-rhino-laryngologie	DESPONS
		Dermatologie et syphiligraphie	LE COULANT
		Pédiatrie et puériculture	VERGER
Chirurgie générale	LAUMONIER, CHAVANNAZ, VILLAR, TINGAUD, DEPAULIS	Médecine légale et médecine du travail	L'ÉPÉE
		Electro-radiologie	LACHAPÈLE
		Odonto-stomatologie	BENOIT
		Urologie	LANGE

AGRÉGÉ LIBRE :

M. MAHON (Obstétrique)

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Médecine opératoire	DUFOUR	Organographie et physiologie végétale	TEMPÈRE
Accouchements	CHASTRUSSE	Chimie biologique analytique	MARQUEVIELLE
Puériculture	VERGER	Chimie analytique	BABIN
Législation pharmaceutique	PERY, POPLAWSKI, COUSTOU	Pathologie chirurgicale	LAUMONIER, VILLAR
Anatomie	CABANIE	Zoologie pharmaceutique	BAILENGER
Cryptogamie	LAUBIE		
Obstétricie sociale	MAHON		

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MA MERE

A MON PERE

En témoignage de l'amour que je leur porte et en reconnaissance pour tout ce que je leur dois.

A MA GRAND-MERE

A MA SŒUR

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A Monsieur le Docteur Leon DEJEAN

Stomatologiste.

Qu'il trouve ici le témoignage de notre profonde reconnaissance pour ses précieux conseils.

Nous sommes heureux, aujourd'hui, de le remercier de son aide et de l'amical accueil que nous trouvons toujours auprès de lui.

A Monsieur le Docteur MASSIERE

Médecin des Hôpitaux.

Remerciements pour l'excellent enseignement médical reçu pendant les nombreux mois passés dans son service.

A NOTRE JURY DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ P. BENOIT

Assistant des Hôpitaux.

Dont la collaboration et les précieux conseils nous ont permis d'élaborer cet ouvrage.

Qu'il soit assuré de notre profonde gratitude et de notre admiration pour ses qualités scientifiques.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ J. DESPONS

Oto-Rhino-Laryngologiste des Hôpitaux.

Chevalier de la Légion d'honneur,

Médaille Militaire,

Croix de guerre,

Chevalier de la Santé publique,

Officier de l'Instruction publique.

Notre gratitude pour les leçons que nous avons tirées de votre précieux enseignement.

MONSIEUR LE PROFESSEUR DERVILLÉE

Professeur de Médecine légale et de Médecine du travail,

Chevalier de la Légion d'honneur,

Officier de l'Instruction publique,

Membre de la Commission Internationale permanente

pour la Médecine du travail.

Tout au long de nos études, vous nous avez témoigné votre bienveillante sympathie.

Nous sommes heureux de l'honneur que vous nous avez fait en acceptant de siéger dans notre jury de thèse.

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR X.-J. DUBECQ

Professeur de Clinique Odonto-Stomatologique,

Docteur ès Sciences,

Chevalier de la Légion d'honneur,

Officier de l'Instruction publique,

Commandeur de l'Ordre du Ouïssam Alaouite chérifien.

Nos remerciements pour l'honneur que vous nous faites d'être notre Président de thèse.

Notre admiration et notre reconnaissance pour votre magistral enseignement au cours de nos années d'étude.

Contribution à l'Etude de la Méthode de Filatov dans le traitement des paradentoses

INTRODUCTION

Le traitement d'une maladie n'est efficace que s'il s'adresse à ses causes primitives.

En matière de paradentose, l'étiologie, malgré tous les travaux qu'elle a inspirés, reste confuse, et c'est sans doute la raison essentielle pour laquelle les traitements préconisés restent le plus souvent d'une inefficacité désespérante.

Maladie purement locale, pour les uns, symptôme des maladies organiques ou fonctionnelles générales pour d'autres, les parandentoses tendent de plus en plus à être considérées par la majorité des spécialistes comme la résultante de causes morbides multiples; elles sont une affection locale développées sur des bases constitutionnelles.

D'innombrables travaux ont mis en lumière les moyens du diagnostic et du traitement des causes locales. Les résultats cliniques ont apporté la preuve de leur utilité et de leur efficacité.

En ce qui concerne les causes générales, le traitement est quelquefois efficace lorsqu'il nous est possible de faire un diagnostic étiologique précis; mais, bien souvent, les moyens d'investigation clinique ne nous permettent pas de déceler le ou les troubles généraux susceptibles d'être mis en relation constante avec le cas considéré.

Le laboratoire, lui-même, est rarement capable de nous guider avec certitude. La maladie causale n'est pas le plus souvent une affection parfaitement individualisée, mais bien

au contraire une affection discrète, congénitalement liée à l'organisme, ce que l'on désigne sous le terme de terrain prédisposant dont nous ignorons les éléments du diagnostic, et sommes pratiquement désarmés pour le traiter.

Cette notion de terrain se traduit par une débilité des éléments épithéliaux et conjonctifs du paradentium qui favorise la dégénérescence et secondairement l'infection.

Dans ces conditions, il paraît logique de chercher à modifier les terrains local et général par une thérapeutique amenant une réactivation cellulaire et stimulant la résistance tissulaire défectueuse vis-à-vis d'agents externes. Et il est curieux, en plein essor de la Médecine pasteurienne, de voir renaître les vieilles conceptions hippocratiques, rajeunies par les données scientifiques modernes et d'assister à un revirement de l'optique médicale s'adressant de nouveau au malade, à sa constitution, à ses capacités de résistance, sans perdre de vue les agents pathologiques.

Par son mode d'action, la méthode de Filatov nous a paru mériter une expérimentation.

Cette thérapie tissulaire, plus empirique que scientifique, contraste par son allure mystérieuse avec les médications biochimiques modernes qui reposent sur des faits expérimentaux précis; elle a connu en Europe une extension considérable et des succès indéniables.

Dans la bibilographie de cette méthode, il est très peu question de son application au traitement des paradentoses.

Les seules allusions qui y sont faites sont habituellement vagues et imprécises.

Il nous a paru intéressant d'appliquer chez quelques malades la méthode de Filatov suivant plusieurs techniques en nous entourant de contrôles scientifiques aussi rigoureux que possible.

Au cours de nos travaux, nous avons appris que des recherches identiques étaient entreprises à Paris et en Italie. Nous nous devons de remercier le docteur Chatellier et son élève, M. Foussadier, le docteur Bertholoni de Pise, du cordial accueil qu'ils nous ont réservé et de la documentation qu'ils ont bien voulu nous confier sur les résultats de leurs travaux.

LA MÉTHODE DE FILATOV

Bien que la médecine chinoise au III[e] siècle ait inscrit le placenta humain dans sa pharmacopée, le mérite revient à Filatov d'avoir fondé sur nos concepts modernes une doctrine dont l'extension est considérable.

Après avoir été l'apanage de l'ophtalmologie, cette méthode a conquis toutes les branches de la thérapeutique moderne.

La thérapie tissulaire de Filatov a pris naissance en 1933. Directeur de l'Institut expérimental d'ophtalmologie d'Odessa. l'auteur publia des observations d'éclaircissement progressif d'un greffon opacifié de cornée par des greffes limbiques de cornée de cadavre conservée dans le froid, pensant que cette cornée de cadavre agirait de la même façon qu'un apport de tissu dans une culture cellulaire.

Résonnant sur ces faits, l'auteur émet l'idée que le processus de régénération serait dû au fait que le greffon mis en place réaliserait un apport de substance stimulant l'activité métabolique des tissus, favorisant leur nutrition et accroissant leur potentiel de multiplication.

C'est alors que l'auteur soulève l'hypothèse des biostimulines, hormones de souffrance qui se développeraient en réponse aux conditions défavorables dans lesquelles est placé le tissu.

Les stimulines biogènes.

Si l'on soumet des cellules animales ou végétales séparées de leur organisme à des influences traumatisantes pour leurs processus vitaux, ces cellules subissent une transformation biochimique provoquant l'apparition de substances stimulatrices. Introduites dans un organisme pathologique, elles vont stimuler le métabolisme cellulaire et les différentes fonctions biologiques pour lutter contre la senescence et la maladie.

Pour que les stimulines biogènes apparaissent, il faut qu'elles prennent naissance dans un organisme traumatisé **mais encore vivant.**

Filatov suppose que l'apparition de ces substances est une réponse à des conditions défavorables de vie et qu'elle constitue une loi générale pour toute la matière vivante. Ces stimulines ont été étudiées dans le domaine végétal par English, Bonner, Haagen-Smit.

Ces auteurs ont montré que les cellules des tissus blessés mais encore vivants donnaient naissance à un acide « traumatinique » du groupe des acides dicarboxyliques stimulant énergique de la multiplication cellulaire. On ne peut passer sous silence ici les travaux remarquables de Wiesmer et Haberlandt sur ces substances extraites des blessures de cellules végétales qu'ils ont appelées « Wound Hormones », capables d'accroître considérablement in vitro la multiplication des cellules végétales non seulement dans leur nombre mais dans leur taille.

Ces faits expliquent la production d'acides analogues dans les tissus traumatisés par le froid.

L'hypothèse des stimulines biogènes sert à expliquer beaucoup de phénomènes biologiques tels que le développement d'œufs d'animaux inférieurs comme l'écrevisse soumis à de basses températures et la croissance des graines de semence soumises à l'action du froid.

Recherches expérimentales.

Mouchkine pratique des greffes expérimentales sur l'animal et constate une prolifération considérable du tissu cellulaire entourant le greffon conservé au froid une semaine en comparaison des réactions produites par un greffon de tissu non conservé qui étaient minimes.

Ianyk étudiant la cicatrisation des plaies chez les grenouilles a montré que la formation de l'épithélium, la cicatrisation du tissu conjonctif et la pigmentation se produisent sensiblement plus vite quand elles ont subi une greffe de tissu conservé dans le froid pendant trois à six jours.

Toujours chez les grenouilles préparées avec des stimulants biogènes, Vourgaft augmente leur résistance aux intoxications par la stychnine et l'hydrate de chloral.

Chaulimova constate que dans les organismes d'animaux préparés par les stimulines biogènes, il y a une augmentation du taux d'antitoxines sanguines.

Pour montrer le renforcement des fonctions biologiques d'un organisme soumis à l'action des stimulines, Feïtelberg a pratiqué sur neuf chiens des fistules gastriques (petit estomac de Pavloff). Après implantation de peau de chien conservée au froid, il a constaté une augmentation de la quantité du suc gastrique et de son acidité. L'implantation de tissu non conservé n'a pas reproduit ce phénomène.

Filatov, Kovalski, Poliéjaï, observant des biopsies de plaies expérimentales chez les lapins traités par des extraits tissulaires de souffrance remarquent que le tissu de granulation se développe plus vite, que l'afflux des leucocytes est plus intense, la cicatrisation plus rapide, par rapport à des plaies chez des animaux témoins.

Conditions d'apparition des biostimulines.

Les conditions de milieux favorables à la naissance des biostimulines peuvent être très diverses. L'idéal à réaliser est d'éloigner le plus possible le tissu de ses conditions normales de vie sans le détruire.

Dans les tissus animaux soumis au froid (entre + 3° - + 4°) on obtient une nutrition cellulaire ralentie, les échanges respiratoires sont diminués et tous les processus biochimiques habituels freinés. Ces profondes perturbations provoquent l'apparition de forces nouvelles de résistance qui sont les biostimulines.

Les rayonnements physiques tels que rayons ultra-violets ou rayons X provoqueraient dans la peau soumise aux irradiations l'apparition de stimulines. L'action excitante des rayons X à petite dose est bien connue et s'expliquerait par l'apparition de ces principes stimulants. D'autres traumatismes ont été envisagés : la température élevée et l'immersion de tissus vivants dans la chloramine (Novotny et Kubelka).

Selon la théorie de Filatov tous les tissus vivants sont capables de sécréter des biostimulines. Les auteurs russes ont expérimenté divers tissus : peau, muscle, cartilage, cerveau, foie, rate, prélevés soit sur le cadavre, soit sur le malade lui-même, exemple : tissus provenant d'une amputation ou cornée d'un œil énucléé.

Les auteurs français ont surtout utilisé le placenta et l'amnios à cause de leur facilité d'obtention et de préparation. Il serait contraire à la théorie de Filatov de supposer que ce matériel tissulaire puisse agir par sa sécrétion endocrinienne ou vitaminique puisque le principe même de la méthode est fondamentalement caractérisé par son universalité d'origine et d'action.

Etude des biostimulines.

Les biostimulines sont des substances solubles dans l'eau et thermostables — la stérilisation à 120° pendant une heure ne les détruits pas. Elles ne sont pas des anti-corps. En précipitant les albumines des extraits de tissus préparés, on ne les fait pas disparaître.

Ne pouvant les identifier exactement, Filatov et d'autres auteurs les assimilent à l'acide 1, décène-dicarboxylique, et ont trouvé également des acides cinnamiques, hydroxycinnamiques et de la coumarine.

On a étudié et comparé la composition chimique des extraits placentaires conservés selon la méthode de Filatov et les extraits placentaires frais : fait important, on note l'absence de cholestérol dans les premiers alors que le placenta frais en renferme 75 mill'grammes par litre de filtrat.

Les extrait préparés à partir de placenta frais ne paraissent pas contenir d'acides aminés : la réaction à la ninhydrine est négative. Par contre, dans les tissus conservés pendant sept jours au frigidaire à + 4°, la réaction à la ninhydrine devient positive; on y trouve alors de l'arginine, de l'histidine, du tryptophane, du glycocolle, de l'alaline et de l'acide glutamique. Valliguié a montré que le spectre d'absorption des extraits placentaires à la Filatov dans l'ultra-violet contient une bande correspondant à l'acide nucléique.

Cotte a constaté qu'à l'ultra filtration à travers une bougie de collodion, on pouvait séparer une portion non ultra-filtrable semblant cliniquement plus active.

La réaction de Zimmerman caractérisant les 17 - cétostéroïdes est fortement positive avec les extraits de placenta préparés avec la méthode Filatov.

Cette hormone de souffrance a-t-elle une parenté avec des

substances hormonales telle que la cortisone agissant selon le mécanisme diencéphalo-hypophyso-surrénalien.

Une autre théorie les assimile aux hormones intra cellulaires des plaies de Loofbourow qui contiendraient des acides nucléiques en quantité importante.

En fait, nous ignorons pratiquement l'essentiel de la nature des biostimulines. Nous n'avons même pas en main un test spécifique in vitro et in vivo de leur activité.

Réponse de l'organisme à l'introduction des « stimulines biogènes »

Pentini de Pise a étudié sur un groupe de 30 rats, les uns normaux, les autres surrénalectomisés, un dernier lot hypophysectomisé, tous traités par des extraits placentaires : le comportement du glycogène hépatique, l'aspect histologique et le comportement pondéral des capsules surrénales et du thymus. Il est arrivé à cette conclusion : « Les résultats obtenus confirment l'hypothèse d'où nous étions partis, c'est-à-dire que l'extrait placentaire de Filatov provoque chez l'animal des modifications histologiques et biochimiques analogues à celles que l'on observe au cours du syndrome général d'adaptation de Selye. — Une augmentation du glycogène hépatique, une hypotrophie du thymus — et un hyperfonctionnement de la cortico-surrénale avec diminution de sa teneur en acide ascorbique. Aucun de ces résultats ne s'observe chez le rat surrénalectomisé ; par contre chez les rats hypophysectomisés, les résultats sont les mêmes. »

« Ces modifications peuvent être interprétées comme effet, soit d'un apport de substances cortico-stimulantes, soit d'un principe cortisonique. »

Chez l'homme, certaines modifications humorales ont été constatées ; plusieurs malades traités dans le service dentaire ont vu leur thymol-test s'abaisser légèrement en fin de traitement, l'activité phosphatasique du sérum sanguin au cours

de la thérapie tissulaire a été étudiée par Pruniéras, de Lyon, dans le service du professeur Gaté : 6 malades sur 9 ont eu une augmentation sensible des phosphatases sanguines allant de quatre à neuf unités Roberts après le traitement. Cette augmentation était surtout marquée lorsque les sujets avaient subi des greffes d'implantation placentaire, les extraits ayant un pouvoir modificateur moindre. Mais l'auteur note qu'une forte élévation post-thérapeutique des phosphatases ne va pas toujours de pair avec un résultat clinique satisfaisant et inversement les résultats ne sont pas forcément médiocres ou nuls dans les cas où les dosages n'accusent aucune modification.

La glycémie à jeun est abaissée dans tous les cas en cours de traitement de l'ordre de 7 à 10 centigrammes par litre de sang.

Le cholestérol sanguin subit des variations minimes sans pouvoir en tirer des conclusions valables.

Réalisation de la thérapie tissulaire.

Un matériel tissulaire très important a été expérimenté : cornée, sclérotique, cartilage, peau, péritoine, testicule, cerveau, mise en souffrance.

Nous ne retiendrons pour ce qui est de notre sujet que le placenta et la membrane amniotique administrés soit sous forme d'implant, soit sous forme d'extraits placentaires.

1° — **Préparation des implants** (technique de Filatov). — On recueille aseptiquement un placenta absolument stérile provenant d'une parturiante saine possédant un bilan biologique irréprochable et une sérologie négative au point de vue syphilis. Ce placenta est mis en glacière pendant sept jours à la température de + 4°, puis découpé en fragments de 1 cm^3 environ. Ces fragments séjournent dans une étuve à la température de 80° pendant une heure, puis sont portés à l'autoclave à 120 ° pendant une heure. Le produit final doit être sec et

avoir la consistance du pâté de foie. Après un contrôle bactériologique sévère, ces cubes de placenta sont mis en tubes stériles scellés, on prélèvera la quantité voulue au moment de l'utilisation.

Différentes techniques industrielles ont légèrement modifié ce mode de préparation en lyophilisant ces tissus qui se présentent alors absolument déshydratés et reprennent leur état primitif en les immergeant dans du sérum physiologique deux heures avant l'implantation.

2° — **Préparation des amnios.**

Nous avons choisi l'amnios comme matériel d'implantation à cause de sa facilité d'introduction sous la muqueuse des maxillaires. Krause, en U.R.S.S., et Zahdradnicek, en Tchécoslovaquie, l'employèrent les premiers.

Mis en glacière pendant sept jours à + 4° et stérilisé, l'amnios se présente sous la forme d'une membrane d'aspect jaunâtre. Découpé en petits carrés de 4 cm^2 environ, il est mis en ampoules scellées et flotte dans du sérum physiologique. Sa conservation est illimitée sans précaution spéciale.

3° — **Préparation des extraits placentaires.**

A. — **Extraits préparés par la méthode de Filatov :** le placenta conservé sept jours à + 4° est lavé et haché finement. On laisse macérer la préparation une heure à 15° dans l'eau distillée (100 gr. d'eau pour 10 gr. de placenta haché). Puis elle est portée au bain marie bouillant pendant trois minutes. La filtration s'effectue avec plusieurs épaisseurs de gaze; on porte à nouveau au bain marie bouillant pendant deux minutes la préparation qui va être refiltrée sur papier.

Le filtrat limpide obtenu est mis en ampoule scellée de 2 cm^3 et stérilisée à 100° pendant une demi-heure.

Il est recommandé d'utiliser plusieurs placentas pour la préparation des extraits.

B. — **Extraits placentaires lyophilisés :** La lyophilisation consiste à congeler brutalement à — 54° sous vide très poussé (10,4 mm. de Hg) une substance biologique fragile. La lyophilisation ne modifie pas les qualités biologiques et biochimiques des éléments microscopiques qui lui sont soumis (pénicilline, plasma, etc.) la structure antigénique, l'action fermentative et entre autre les propriétés hormonales se trouvent intactes. Cette technique a été employée pour les extraits placentaires. Ceux-ci se présentent sous la forme d'une fine poudre mise en ampoule scellée sous vide.

La mise en solution de cet extrait sec avec du sérum physiologique restitue biologiquement le tissu d'origine.

Cette technique industrielle nécessite un appareillage délicat à manier mais confère aux extraits placentaires soumis a là lyophilisation des avantages considérables :

a) Une stabilité pratiquement illimitée.

b) Le caractère d'extrait complet parfaitement stérile.

c) Une forte teneur en biostimulines sous haute concentration.

d) Une solubilisation immédiate.

De la thérapie tissulaire et de ses aspects divers, il doit être retenu que :

1° — **Un tissu vivant** quelconque placé dans des conditions de milieu défavorables voit apparaître dans sa lutte pour la vie des substances de résistance dites « stimulines biogènes » qui ne semblent pas spécifiques des tissus mis en souffrance.

2° — **Les stimulines** biogènes introduites dans un organisme quelconque soit sous forme d'implant de tissu soit sous forme d'extrait activent les processus vitaux de cet organisme, augmentent ses capacités de résistance aux agents agressifs de toute nature et stimulent ses possibilités de guérison.

Modifications histologiques locales apportées par la thérapie tissulaire au niveau de la muqueuse gingivale.

Rénato Bandettini, de Pise, a recherché l'activation du système réticulo-endothélial dans les gencives d'animaux par la méthode de coloration vitale. Certaines cavités buccales étaient préparées par des injections intra-gingivales d'extraits placentaires, d'autres préparées par de l'eau distillée ou des sérums hétérogènes.

Il a pu contrôler et comparer l'intensité du pouvoir granulo-pexique des histiocytes gingivaux en face du colorant dans les diverses cavités buccales.

Expérience n° 1.

1er groupe de cavités de contrôle : chez deux animaux une solution de lithio-carmin à 1 % à la dose de 4 cm3 pendant six jours est injectée dans le péritoine. Les histiocytes gingivaux ne prennent pas le colorant.

Chez deux autres animaux on pratique trois injections de 0,10 cc. de lithio-carmin à 1 % dans la zone paradentaire. Les coupes hystologiques montrent deux zones différentes.

1re zone. — Très proche du point d'inoculation. On constate une accumulation de lymphocytes mêlés à des grumaux de colorants et un amas d'histiocytes à cytoplasme chargé de granulations de lithio-carmin.

2me zone. — Eloignée du point d'inoculation, la colloïdopexie est moins évidente : quelques très rares histiocytes sont chargés de granulations.

*
* *

Expérience n° 2.

a) Les cavités buccales de deux animaux sont préparées par dix injections intra-gingivales d'eau distillée et six injections de 4 cm3 de lithio-carmin à 1 % dans le péritoine.

La réaction histiocytaire est faible.

b) Deux cavités buccales reçoivent dix injections intra-gingivales d'eau distillée et trois injections de 0,10 cc. de lithio-carmin à 1 %.

Par comparaison avec l'expérience n° 1, le phénomène de granulopexie bien que peu intense et plus étendu se rencontre dans toutes les coupes.

*
* *

Expérience n° 3.

a) Deux animaux reçoivent dix injections de 1 cm3 de sérum de cheval dans la cavité buccale et six injections intra-péritonéales de 4 cm3 de lithio-carmin à 1 %. On observe seulement quelques cellules présentant le caractère histiocytaire avec des grains de colorant intra-cytoplasmique.

b) Deux animaux reçoivent dix injections de 1 cm3 de sérum de cheval dans la cavité buccale et trois injections de 0,10 cc. de lithio-carmin à 1 % intra-gingivales. On note alors une intense réaction histiocytaire avec de nombreuses cellules

en partie fixes et en partie mobiles chargées de colorant loin du foyer d'inoculation.

⁂

Expérience n° 4.

a) Deux animaux préparés par dix injections de 1 cm3 d'extraits placentaires dans leur cavité buccale et six injections endo-péritonéales de 4 cm3 de lithio-carmin à 1 %. On note la présence dans les gencives d'histiocytes typiques avec cytoplasme coloré en rouge et de multiples grains de lithio-carmin.

b) On traite alors deux autres cavités buccales avec dix injections d'extraits placentaires intra-gingivales et trois injections « in situ » de 0,10 cc. de lithio-carmin à 1 %.

Toutes les coupes histologiques montrent, dans cette expérience, des accumulations de cellules lymphocytaires, mêlées à des petits grumeaux de colorant et tout près de ces amas cellulaires on note la présence de très nombreux histiocytes riches en grains de lithio-carmin. Même si l'on s'éloigne des points d'inoculation, la présence d'histiocytes colorés est constante.

L'auteur conclut « le traitement des gencives avec les extraits placentaires détermine une stimulation importante du système histiocytaire. Cependant, bien qu'à un degré moindre, cette activité était aussi, présente chez les animaux traités avec le sérum de cheval. Pourtant, cette identité d'action apparente ne doit pas faire surgir l'équivoque que l'action des extraits préparés par la méthode de Filatov puisse être liée à la présence des protéines puisqu'en fait elles n'existent pas dans les filtras de broyats de placenta soumis au froid pendant sept jours. »

Voilà donc les avantages de la thérapie tissulaire qui prépare une intense réaction locale cellulaire d'une effective supériorité qualitative et quantitative sur celle obtenue à l'aide de protéines hétérogènes, sans présenter les dangers de ces dernières qui risquent de sensibiliser l'organisme.

« La théorie de Filatov est seulement une explication de quelques phénomènes biologiques qui peut très bien être remplacée par une autre semblant plus conforme à la réalité. Sur la stimulation du derme et du tissu cellulaire sous-cutané on peut pourtant objecter que toutes les préparations pharmaceutiques d'un type quelconque pourraient avoir une action analogue. Mais l'action de la thérapie tissulaire est trop nette pour pouvoir être interprétée d'une façon aussi simple ».

APPLICATIONS THERAPEUTIQUES
DE LA METHODE DE FILATOV DANS LES PARADENTOSES

Chez les malades dont les observations vont suivre, nous avons employé des techniques différentes liées au degré de gravité des cas envisagés.

A un stade avancé de la maladie, ayant résisté sans aucune amélioration même sensible aux traitements antérieurs, nous avons pratiqué des implantations soit de placenta soit d'amnios dans la cavité buccale.

Nous avons pensé avec Bertolini, de Pise, que notre thérapeutique locale serait d'autant plus active que :

1° **Elle agirait** sur le trajet métamérique de la lésion.

2° **Que l'implant,** enfoui en tissu sain, serait le plus rapproché de la région la plus atteinte.

Préparation du malade :

Un bilan pathologique général est établi, en particulier, recherche des tests hépatiques, temps de saignement et de coagulation, hémoculture gingivale.

Sur le plan local : détartrages sus et sous-gingivaux, bains de bouche antiseptiques, rééquilibration de l'articulé dans la mesure du possible et ligatures des dents trop mobiles.

Lorsque la toilette de la bouche est satisfaisante, nous administrons depuis la veille de l'intervention un antihistaminique à petite dose pendant quatre ou cinq jours pour atténuer les phénomènes œdémateux et douloureux locaux.

Technique d'implantation :

1re méthode. — Nous anesthésions la muqueuse gingivo-vestibulaire à la xylocaïne à 1 % adrénalinée au niveau de la première prémolaire jusqu'à la deuxième molaire soit au maxillaire supérieur soit au maxillaire inférieur, en évitant ici l'émergence du nerf dentaire inférieur.

A 1 cm. environ du collet de la canine nous introduisons un trocard de 10 cm. de long et de 3 mm. de diamètre qui va glisser sous la muqueuse et arriver au contact du périoste. Cet instrument est terminé par un petit entonnoir destiné à recevoir le matériel tissulaire et à permettre son enfouissement grâce à une partie mâle exactement adaptée faisant office de piston. L'extrémité de ce piston dépasse de 1 cm. la pointe du trocard et permet un tassement des tissus dans le fond du trajet suffisamment loin pour empêcher l'expulsion de l'implant lors de la sortie du trocard. Un léger massage est conseillé pour fermer la brèche. Aucun point de suture n'est nécessaire. La cicatrisation est obtenue en vingt-quatre heures.

L'inconvénient de cette méthode, réside dans le fait de la résorption trop rapide de l'implant, en général au bout d'une semaine. Pensant, à la vue des faibles résultats, que ce laps de temps était insuffisant, nous avons par la suite pratiqué des implantations massives de six pellicules amniotiques à raison de deux pour chaque hémi-maxillaire supérieur et deux au maxillaire inférieur.

2e méthode. — Implantation massive.

Cette technique présente quelques difficultés car il faut intervenir chirurgicalement avec une aseptie rigoureuse, en

évitant l'hémorragie, le trop grand traumatisme des tissus et la moindre particule de salive. Si ces conditions ne sont pas réalisées, l'infection et l'expulsion des implants est très fréquente.

Après anesthésie locale à la xylocaïne à 1 % adrénalinée de la muqueuse gingivo-vestibulaire, nous faisons une incision verticale longue de un demi-centimètre juste en arrière de la canine supérieure; le bord inférieur de l'incision se situant à 1 cm. au moins du bord libre de la gencive. Un décollateur introduit dans la brèche permet de cliver horizontalement la fibro-muqueuse sur une longueur de 3 cm. et une largeur de 5 mm. Nous introduisons à l'aide d'une fine pince mousse deux implants d'amnios ou de placenta qui sont alors tassés dans le fond de la brèche par une sonde cannelée après hémostase parfaite, un point en bourse au fil de lin ferme parfaitement l'incision. Au maxillaire inférieur l'implantation est pratiquée aux pieds des incisives. L'incision a lieu au niveau du bord mésial de la racine de la canine, le clivage se prolongeant jusqu'à l'autre canine. Ici les difficultés s'amoncellent; l'hémostase est difficile à réaliser du fait de la congestion fréquente de cette région chez les pyorrhéiques — la salive malgré toutes les précautions risque de souiller la plaie opératoire — de plus en franchissant le raphé médian parfois très épais le traumatisme provoqué par le décollateur est plus grand. Les implants sont enfouis et la suture se pratique comme aux maxillaires supérieurs.

Les suites opératoires lorsque toutes les précautions indiquées sont rigoureusement observées sont courtes et banales. Nous n'avons observé qu'un léger œdème sous-orbitaire se résorbant en trois ou quatre jours, quelques douleurs spontanées pendant 24 heures n'entravant pas les occupations du patient. Exceptionnellement nous avons noté une légère élévation de la température ne dépassant pas 38°5. Les points de suture sont enlevés le cinquième jour. Le volume des tissus

implantés provoque une légère gêne à la mastication pendant une quinzaine de jours.

Les implants ne se résorbent pas avant six à huit semaines ce qui permet à l'organisme de puiser plus longuement à la source des bio-stimulines.

En aucun cas, nous n'avons observé les incidents sérieux décrits par les auteurs français et italiens — infection grave — hématome « in situ » — élimination des implants. Nous ne pouvons toutefois, faire le point ici sur ces suites opératoires vu le nombre restreint de nos observations. Nous sommes persuadés que cette petite intervention pratiquée en milieu chirurgical avec une instrumentation rigoureusement stérile et une technique bien en main, doit éviter ces complications.

2e technique : injections d'extraits placentaires. — Chez les sujets atteints de paradentose débutante à phénomènes inflammatoires et destructifs discrets avec une mobilité des dents bien localisée et peu marquée, nous avons pratiqué une série de dix à quinze injections d'extraits placentaires.

Nous avons pu faire bénéficier également de cette technique certains patients ayant refusé l'implantation bien que leur cas soit assez grave, et chez d'autres après l'implantation à titre de traitement complémentaire.

Nous avons employé des ampoules d'extraits placentaires lyophilisés titrées à 2 gr. 50 de placenta.

Sous la muqueuse avoisinant les lésions, mais en tissu sain, on injecte en quatre ou cinq points 1 cm3 de xylocaïne à 1 % adrénalinée. Après quelques minutes et aux mêmes points, l'extrait placentaire bien agité et réchauffé est injecté à raison de 1/4 d'ampoule à la première séance, 1/2 à la deuxième, l'ampoule entière à la troisième séance et aux suivantes tous les quatre jours. Une petite réaction locale se ma-

nifeste vers la troisième ou quatrième injection, mais les suivantes sont parfaitement tolérées.

La résorption du liquide injecté est malheureusement trop rapide car les extraits placentaires sont des substances solubles et sont vite éliminés par l'organisme.

Après la série d'injections nous conseillons à titre complémentaire la prise de 30 suppositoires titrés à 1 gr. de placenta. Un suppositoire le soir au coucher.

OBSERVATIONS

Trois observations aimablement prêtées par M. Foussadier. Service du Professeur Villinsky, Hôpital Lariboisière, Paris.

Observation 1.

G... Robert, employé à la S.N.C.F., 30 ans.

Histoire de la maladie :

Début des signes en 1947 par prurit gingival localisé au bloc incisif inférieur. Poussée de gingivite érythémateuse et de stomatite, puis une suppuration aux collets de g1, g2, g3, g4, d1, d2, d3, d4.

— Signes cliniques au début du traitement en août 1952.

— Signes fonctionnels : douleurs localisées au bloc incisivo-canin inférieur.

— Signes généraux : examen clinique général à peu près négatif quelques signes nerveux, insomnies, asthénie marquée.

Poids : 73 kgs; taille : 1 m. 74.

Ganglions sous-maxillaires gauches palpables.

— Signes muqueux : feston gingival irrégulier rétracté, œdématié. Suppuration profuse au niveau de la muqueuse du bloc incisif inférieur. Langue légèrement saburrale.

— Signes dentaires : présence de tartre sur la face linguale, sus et sous-gingival du bloc incisif inférieur.

Anomalies : d2, g2 en linguo-position. D3 en rotation.

Mobilité très importante de d1 et g4.

— Signes osseux : tuméfaction indurée sur la face linguale du maxillaire inférieur en regard de g4 (exostose).

Occlusion : légère supraclusie des incisives supérieures.

Radiographie : début de lyse osseuse généralisée surtout marquée au niveau des incisives supérieures.

— Traitements anciens : néant.

— Traitement le 23 septembre 1952 : deux implants de placenta au maxillaire supérieur, un implant de placenta au maxillaire inférieur (six jours après élimination de l'implant du bas).

— Un mois après l'intervention on met sous la peau du ventre un implant de placenta.

— Résultat spectaculaire : consolidation nette de d1 et g4 en particulier, et de tout le bloc incisivo-canin.

— Arrêt total de la suppuration au bout d'un mois.

La cessation des douleurs était obtenue au bout de dix jours.

Examiné au bout de deux mois, les gencives ont perdu leur aspect œdématié et terne; tout le paradentium a pris une coloration normale et un aspect saisissant de jeunesse.

Revu six mois plus tard, les résultats sont inchangés.

Observation 2.

P... Léonie, ouvreuse de cinéma, Paris, 28 ans.
Histoire de la maladie :

Début brutal en juillet 1952 par une gingivite érythémateuse de toute la muqueuse vestibulaire inférieure avec douleur tenace

et localisée surtout au niveau de d1. Une suppuration apparaît bientôt au niveau de la racine de d1 puis fistulisation; cette dent devient peu à peu très mobile. Elle fait alors des accidents de péricoronarite au niveau de g8 qui nécessite l'avultion. Les signes locaux au niveau de tout le bloc incisif inférieur persistent pendant deux mois malgré un traitement consciencieux (détartrage soigné, application d'acide trichloracétique, injection de vaccins intra-gingivaux).

— Signes cliniques au début du traitement le 6 janvier 1953.

— Signes fonctionnels : douleurs lancinantes localisées au bloc incisif inférieur avec paroxysmes nocturnes, Douleurs intenses à la mastication. d1 sensible au chaud, au froid, à la percussion, très mobile.

— Signes généraux : algies rhumatismales anciennes. Traitées pour hyperthyroïdie, tachycardie permanente, tension artérielle 13-9, asthénie intellectuelle, nervosité extrême, tic palpébral, poids 49 kgs, taille 1 m. 57. Réglée régulièrement. Deux grossesses normales.

— Examen clinique : signes muqueux : feston gingival régulier mais décollé, rouge, œdématié.

Suppuration localisée à tout le bloc incisif inférieur apparaissant surtout au moment des règles. Mobilité marquée des incisives inférieures.

— Signes dentaires : g8 incluse est extraite, d8 en vestibulo-position, g1 en mésio-rotation 20°, G2 distalisée; contact prématuré de d1, d2 et g3.

Radiographie : résorption alvéolaire importante de tout le bloc incisivo-canin inférieur surtout marqué au niveau de d1.

— Diagnostic : paradentite localisée au bloc incisif inférieur.

— Traitement : implantation de six amnios répartis aux maxillaires supérieur et inférieur.

Au bout de quinze jours on note déjà une consolidation généralisée nette et une disparition totale des douleurs.

L'état général s'est trouvé très rapidement amélioré. La malade n'est pas revenue se faire examiner.

OBSERVATION 3.

D.., Nelly, rue du Temple à Paris, 45 ans.
Histoire de la maladie :

Début en 1949 par une suppuration au collet de d2 qui devient mobile. La suppuration s'étend au bloc incisif inférieur.

Poussée de gingivite à tout le maxillaire supérieur avec hémorragies au brossage. Peu à peu, les gencives mettent à nu les collets et des douleurs diffuses inquiètent la malade. D3 devient très mobile et doit être extraite. Elle est traitée en 1950, pendant un an par la méthode de Vincent.

— Signes cliniques : au début du traitement le 12 janvier 1953.

Gingivite localisée à l'hémi-maxillaire supérieur droit. Douleurs diffuses de tout le maxillaire supérieur.

— Signes généraux : maladies antérieures (scarlatine en 1917, ablation d'un ovaire en 1932, parathyphoïde en 1947).

— Etat général actuel : légère insuffisance hépatique avec constipation, intolérances alimentaires aux fruits et au lait; en train de constituer sa ménopause.

— Troubles vasculaires : asphyxie de l'extrémité du médius droit. Frilosité. Poids 44 kgs, taille 1 m. 54.

— Signes dentaires : résorption de la gencive et de l'os alvéolaire des deux blocs incisifs supérieurs et inférieurs. La pression des gencives fait sourdre du pus au collet de toutes les incisives. La mobilité est plus accentuée sauf au niveau de d2.

— Radiographie : alvéolise généralisée aux deux maxillaires et très marquée au niveau des incisives supérieures.

— Diagnostic : paradentose généralisée mixte atrophique et inflammatoire.

— Traitement : implantation d'amnios, quatre au maxillaire supérieur, deux amnios aux pieds des incisives inférieures.

— Résultat : consolidation de toutes les dents au bout d'un mois, disparition complète de toute suppuration, état général très amélioré.

— Actuellement le résultat se maintient et on prescrit une cure d'entretien par administration de suppositoires de placenta. On ne peut porter de conclusions définitives par manque de recul.

Observation fournie par le Service de stomatologie

de l'Hôpital Bichat. Professeur Fleury.

T... Emile, domicilié à Saint-Ouen, 54 ans.

Histoire de la maladie :

Pyorrhée alvéolo-dentaire, très ancienne, dents perdues, d6, d7, d8, d5 (avulsions spontanées).

Douleurs gingivales constantes.

— Examen clinique : mobilité de d1, d2, d3, G8, g1, g2 au niveau de ces dents ont fait sourdre un pus abondant. La sonde pénètre profondément dans les culs-de-sac au niveau de d1, d2, g1, g2, D3, G4, G5.

— L'hémoculture gingivale : entérocoque et germes banaux.

— Traitement : dix injections de placenta lyophilisé à raison d'une ampoule de 2 gr. 50, tous les quatre jours.

— Résultats : amélioration nette de la mobilité, de la suppuration nette. Le malade n'a pas été revu à la consultation.

Au bout d'un mois reprise de tous les signes. On recommence une série de cinq injections qui provoquent une nouvelle amélioraiton nette. Le malade n'a pas été revu à la consultation.

Observation du Service de Stomatologie. Professeur X.-J. Dubecq

---

R... Antonio, 45 ans, maçon.

Histoire de la maladie :

Début il y a trois ans par des poussées de gingivite et de stomatite érythémateuses coïncidant avec des troubles digestifs graves. Le traitement médical améliore son état intestinal, mais son état buccal semble évoluer pour son propre compte.

La muqueuse du bloc incisif inférieur malgré tous les traitements médicaux s'œdématie, se décolle et lui occasionne des douleurs intolérables. Les incisives commencent à être mobiles et le malade vient consulter le 28 janvier 1953.

— Signes cliniques : au début du traitement. Formule dentaire complète. Tout le paradentium est rouge sombre au niveau des incisives inférieures, la muqueuse est boursoufflée, saignant au moindre contact, la pression fait sourdre du pus au niveau de d1, d2, d3, d5, d6, la mobilité de ses dents est discrète mais nettement marquée au niveau de d1 et d2. La sonde pénètre dans un cul-de-sac de 6 mm. au niveau du collet de d1 et de g1. d1 est en vestibulo-position.

L'haleine est fétide et le malade accuse des douleurs spontanées au niveau de ses incisives inférieures.

— Radiographie : lyse du rebord alvéolaire généralisée sur-

tout marquée aux incisives supérieures et inférieures. Pas de tartre sous-gingival. D1 présente une fracture complète vers le milieu de la racine (cliniquement cette dent présente une vitalité pulpaire abolie).

— Diagnostic clinique : paradentose mixte atrophique et inflammatoire.

— Traitement : le malade reçoit dans l'espace de deux mois quinze injections d'extraits placentaires lyophilisés à raison de 2 gr. 5 de placenta, par séance. *L'amélioration* commence vers la sixième injection. L'état congestif disparaît peu à peu ainsi que les douleurs spontanées. La consolidation des dents est peu marquée. La suppuration est presque inexistante, le malade a refusé l'implantation. L'amélioration persiste depuis quatre mois.

F... Gaston, profession : manœuvre, 50 ans.
Histoire de la maladie :

Début des premiers signes en 1935. Par gingivorragies au brossage et spontanées, légère suppuration généralisée. Manque G6, D6, g7. Peu à peu les dents deviennent mobiles.

— Examen clinique le 24 septembre 1952 :

Hygiène buccale médiocre, pas de carie, muqueuse atrophique et vernissée, dents de sagesse en position normale.

Mobilité marquée de D2, D7, D8, G7, G8, g1.

Abcès pyorrhéique localisé au niveau de D4.

Culs-de-sac au niveau de la gencive vestibulaire du bloc incisif inférieur. Tartre sus et sous-gingival.

D3 en rotation de 90°, en position normale sur l'arcade.

— Examen clinique général; long passé de gastrite vraisemblablement éthylique. Sinusite maxillaire chronique bi-latérale alimentation très défectueuse à base de conserves.

— Système nerveux : tremblement des extrémités, sommeil très agité, réflexes rotuliens et achiléens très exagérés, pas de signe de Babinski.

Point vésiculaire net. Alternatives de diarrhée et de constipation.

— Etat général médiocre. Subictère léger, varicosité des pommettes. Pas d'antécédents pathologiques importants.

Examens de laboratoire : vitesse de sédimentation 7 mm. la première heure. Vernes résorcines D° 9. B.W. négatif. Cholestérol 1 gr. 70 par litre. Protides totaux, 90.

Rapport S/G : 1,5.

Test hépatiques : Thymol-test : 4, Hanger 0, Test de Gros : 2,4.

Urée : 0 gr. 30.

— Examen radiographique : alvéolyse généralisée. Atrophie horizontale du rebord alvéolaire surtout marquée aux blocs incisivo-canins des maxillaires supérieurs et inférieurs. Pas de tartre sous-gingival.

— Diagnostic clinique : paradentose mixte, atrophique et inflammatoire.

— Traitement : préparation de la bouche, ablation du tartre sus-gingival, brossage, meulage des incisives supérieures et inférieures pour remédier au traumatisme occlusal, car l'articulation se faisait bout à bout. Le malade reçoit cinq injections d'extraits placentaires répartis aux deux maxillaires. On doit interrompre le traitement pendant un mois par suite de la reprise des troubles digestifs (diarrhée intense).

L'état général se stabilisant on pratique une implantation de trois petits cubes de placenta dans la fosse canine supérieure gauche. Deux jours après, un des implants s'élimine. On suture à nouveau. Les suites opératoires sont bonnes. On enlève les points le sixième jour. Quinze jours après on continue les injections d'extrait placentaire réparties aux deux maxillaires; le malade reçoit en tout quinze injections.

Revu en mai 1953. L'état buccal est inchangé. Nous n'avons noté aucune amélioration.

T... Georges 65 ans.

Histoire de la maladie :

Début en 1943 par des gingivorragies provoquées et spontanées et une suppuration généralisée. L'ébranlement des dents était marqué au niveau d6 et g7 et G2. Le malade reste sans traitement jusqu'au 1er octobre 1952.

— Examen clinique : formule dentaire manquent G4, G5, G6, G7, G8. D5, D7, D8, g8 et d8.

Toute la muqueuse gingivale est terne, décollée au niveau du bloc incisif inférieur. La mobilité est extrême au niveau des molaires inférieures; G3 doit être extraite (mobilité à la langue). La pression fait sourdre du pus aux blocs incisivo-canins supérieur et inférieur. La sonde pénètre dans des clapiers profonds de 5 mm. au niveau de la face vestibulaire de g7 et d6.

Le malade ne souffre pas mais la mastication lui est pénible et le goût du pus dans la bouche le gêne beaucoup.

— Examen général : le malade est atteint d'une insuffisance aortique diagnostiquée et traitée depuis quinze ans. Son état général est à peu près satisfaisant; le malade ne présente pas de signes de décompensation cardiaque. Il est atteint d'une surdité bi-latérale nécessitant le port d'un appareil acoustique.

— Examens de laboratoire : B.W. négatif, vitesse de sédimentation des hématies 4 mm. la première heure. Thymol-test : 12. Floculation : 0, Hanger 0.

— Examen radiographique : atrophie physiologique du rebord alvéolaire. Destruction au niveau de g3, d3, du tissu osseux alvéolaire qui dénude pratiquement les racines. Résorption osseuse horizontale au niveau du bloc incisif supérieur. Perte de substance autour des racines de g7.

— Diagnostic clinique : paradentose pyorrhéique et atrophique.

— Traitement : le malade refusant l'implantation, on lui injecte 10 ampoules d'extrait placentaire; dès la sixième injection, la suppuration commence à se tarir; la coloration des gencives

s'améliore; la mastication devient plus facile. En fin de traitement, il persiste une grande mobilité au niveau de d6, d7, g7, mais les deux blocs incisifs sont nettement consolidés.

A notre grande stupéfaction, le malade revient consulter trois semaines après la fin du traitement, pratiquement guéri de sa surdité. Il n'a plus besoin de son appareil acoustique et perçoit le bruit d'une montre placée à 70 centimètres de son oreille. Cette surdité avait évolué depuis une dizaine d'années sans l'ombre d'une amélioration, malgré les traitements classiques. Cette guérison se maintient à l'heure actuelle.

Sa paradentose est stabilisée.

B... Louise, 50 ans, femme de chambre.

Histoire de la maladie :

Très long passé de pyorrhée alvéolo-dentaire ayant nécessité l'extraction de toutes les dents du maxillaire supérieur et de toutes les grosses molaires du maxillaire inférieur.

— Examen clinique : antécédents morbides, R.A.S.

— Examen général : négatif.

— Formule dentaire : restent sur l'arcade inférieure d1, d2, d3, d4, g1, g2, g3, g4, g5. Appareil complet au maxillaire supérieur. Appareil partiel au maxillaire inférieur. Toutes les incisives sont mobiles; légère suppuration provoquée par la pression. Douleurs violentes à la mastication. La malade nous supplie de conserver le petit nombre de dents restantes.

— Examen radiologique : atrophie très importante du rebord alvéolaire.

— Diagnostic clinique : paradentose avec atrophie horizontale.

— Traitement : nous lui conseillons un nouvel appareillage prothétique au maxillaire supérieur afin de normaliser son arti-

culation défectueuse. Nous pratiquons 10 injections d'extraits placentaires. Nous avons obtenu une légère consolidation et la disparition totale des douleurs à la mastication.

P... Jeanne, 55 ans.

Histoire de la maladie :

Mobilité progressive de toutes les dents avec abcès pyorrhéiques évoluant depuis vingt ans, ayant nécessité l'avulsion des dents du maxillaire supérieur, à l'exception de D1 et D2. Au maxillaire inférieur il reste d1, d2, d3, d4, d5 et g1, g2, g3, g6.

— Examen le 27 octobre 1952 : muqueuse gingivale extrêmement congestive au niveau du bloc incisivo-canin inférieur, saignant au moindre contact. Très grande mobilité de g1, g2, g3. La sonde montre à ce niveau des clapiers profonds de 5 millimètres.

— Examen général : asthénie marquée depuis dix ans; quelques troubles digestifs vagues; surdité bilatérale presque complète.

— Examen radiographique : destruction très importante du rempart alvéolaire au niveau de g1, g2, g3.

— Traitement : l'appareil amovible du maxillaire supérieur est satisfaisant au point de vue articulé; l'appareil amovible du maxillaire inférieur est satisfaisant. Nous pratiquons 10 injections d'extraits placentaires. La malade présente quelques réactions allergiques cinq minutes après l'injection : rougeur et chaleur de la face avec larmoiement. Ces réactions sont assez fugaces, mais inquiètent la malade, qui refuse de poursuivre le traitement malgré une amélioration subjective de son état général. Au bout d'un mois, on reprend le traitement et, après trois injections, on lui conseille l'implantation qui est pratiquée le 21 décembre 1952. Elle reçoit deux implants d'amnios au niveau du bloc incisif inférieur. Malgré un léger hématome, il n'y a pas élimination des

implants. Les suites se passent normalement. Revue trois mois après, la mobilité antérieurement constatée n'était pas améliorée.

N... Hélène, 52 ans.

Histoire de la maladie :

Début des premiers signes en 1946 par des poussées congestives survenant au moment des règles. Peu à peu, ces poussées congestives s'accompagnent de suppuration importante, localisée surtout au niveau de toutes les molaires.

Puis la mobilité de presque toutes les dents s'aggrave au cours des années qui suivent. La malade vient consulter le 24 septembre 1952.

— Formule dentaire : manquent g6, d7, d8, perdues par paradentose; G6 et G7 sont extrêmement mobiles, très déchaussées et doivent être extraites. La mobilité est marquée au bloc incisif inférieur. D2 et G2 sont également mobiles. La muqueuse gingivale des deux arcades est extrêmement congestionnée, saignant au moindre contact. On ne note pas la présence de tartre; l'hygiène buccale de cette malade est irréprochable.

— Signes fonctionnels : depuis l'apparition des premiers signes, les douleurs diffuses, exagérées au moment des règles, gênent considérablement la mastication et créent chez elle un état anxieux.

— Examen général : anamnèse; très long passé d'entérite amibienne chronique résistant à tous les traitements; malade déprimée moralement et physiquement. Cet état est surtout aggravé par la ménopause en train de se constituer.

— Traitements antérieurs : applications tous les deux mois d'acide trichloracétique. Bains de bouche avec une solution de formol; vaccins antipyorrhéiques. Malgré tous ces soins locaux attentifs, la paradentose continue d'évoluer rapidement. Les phénomènes douloureux et la gêne fonctionnelle restent inchangés.

— Examen radiologique : résorption alvéolaire généralisée, surtout marquée au niveau des deux blocs incisivo-canins. Destruction presque complète du rebord alvéolaire au niveau de g7 et g8. Au niveau de ces deux dents, le processus destructif a envahi les apex sans occasionner cependant de pulpite a retro.

— Diagnostic clinique : paradentose atrophique avec poussées inflammatoires rythmées par les règles.

— Traitement : la malade reçoit 10 injections d'extraits placentaires lyophilisés. A chaque injection, on note des phénomènes œdémateux généralisés, sous-orbitaires, avec augmentation légère de la température.

Revue trois mois après la fin du traitement, les phénomènes congestifs et douloureux ont disparu. L'amélioration de l'état général est très sensible, mais la mobilité des dents reste inchangée, à part les incisives inférieures qui paraissent légèrement consolidées.

A l'examen du 1er juillet 1953, la légère amélioration reste acquise.

L... André, 38 ans, employé de bureau.

Histoire de la maladie :

Depuis trois ans, congestion intense de tout le paradentium, très légère suppuration au niveau du bloc incisif inférieur.

— Formule dentaire : manquent D5, D6, D7, G7, extraites il y a un an à cause de leur grande mobilité et de phénomènes douloureux. Le malade vient consulter le 25 janvier 1953.

— Examen local : les gencives des blocs incisifs supérieur et inférieur sont œdématiées et de couleur rouge sombre. La sonde ne nous montre pas de cul-de-sac. La mobilité des dents du bloc incisif inférieur est très légère. D4 est extrêmement mobile. D1 et G1 ont une mobilité moyenne.

L'occlusion des mandibules est normale. Bonne hygiène buccale. Pas de tartre.

— Examen général : anamnèse; néphrite aiguë il y a dix ans ayant laissé pendant quelques années le malade fatigué avec un taux d'urée oscillant autour de 0 gr. 80.

— Examen de laboratoire : vitesse de sédimentation après une heure, 5 mm.; après deux heures, 18 mm. Urée : 0 gr. 32 par litre de sang. Numération globulaire : hématies, 4.600.000 par mm³; leucocytes, 9.000 par mm³; valeur globulaire : 1. Le taux des éosinophiles est de 5 %.

— Diagnostic radiologique : atrophie horizontale généralisée marquée surtout au niveau du bloc incisif inférieur.

— Diagnostic clinique : paradentose atrophique.

— Traitement : le malade reçoit 10 injections d'extraits placentaires lyophilisés. Les gencives ont repris une apparence saine, mais la mobilité des dents reste inchangée.

Nous pratiquons alors une implantation massive de 6 amnios répartis aux 2 maxillaires. Les suites opératoires sont excellentes le 16 avril 1953. Revu un mois après, la consolidation est nette; la mastication, autrefois pénible, est redevenue normale. Le malade se déclare très satisfait du traitement; il nous affirme que son état général s'est très amélioré.

R... Thérèse, 37 ans.

Histoire de la maladie :

Début il y a cinq ans par gingivorragies spontanées et provoquées par le brossage, douleurs violentes au niveau des deux blocs incisifs. D1 devient très mobile, et la pression de la gencive à ce niveau fait sourdre un pus abondant. Poussées congestives des muqueuses gingivales et jugales au moment des règles.

— Examen le 13 novembre 1952 : formule dentaire : manquent G3, G4, G5, remplacées par un bridge (piliers sur G2 et G6). Muqueuse gingivale très congestionnée. Haleine fétide. Mauvaise hygiène buccale; tartre sus et sous-gingival sur les incisives inférieures. Clapiers de 7 mm. de profondeur au niveau du collet de D1 face vestibulaire et de g1, g2, d1, d2. Mobilité extrême de D1, de d6, d7, g7, g8. Mobilité moyenne des incisives inférieures.

— Examen général : quatre grossesses normales; insuffisance hépatique discrète. Règles abondantes, mais régulières. Terrain neuro-arthritique. Alimentation défectueuse et mal réglée.

— Examen de laboratoire : vitesse de sédimentation des hématies, 10 mm. la première heure; glycémie à jeun, 0 gr. 96; tests hépatiques : thymol-test, 4; floculation, 0; Hanger, 0.

— Examen radiologique : atrophie osseuse localisée au niveau du bloc incisif inférieur et très marquée autour de g7, d6, d7. D1 est particulièrement atteinte par le processus destructif et n'est fixée dans l'os alvéolaire que par 1/3 de sa racine.

— Diagnostic clinique : paradentose avec destructions osseuses localisées et phénomènes inflammatoires surajoutés au moment des règles. Hémoculture gingivale : « Streptococus salivarius » (viridans); hémolyse type α : verdissement dans le bouillon au sang.

— Traitement : après détartrage soigné, nous avons été obligé de pratiquer une gingivectomie vestibulaire et linguale au niveau du bloc incisif inférieur le 18 janvier 1953 et de ligaturer les trois grosses molaires inférieures très mobiles.

Elle a subi ensuite 10 injections d'extraits placentaires qui ont apporté une amélioration considérable des phénomènes congestifs. Les douleurs spontanées ont cessé dès la cinquième injection. Un mois après la fin des injections, D1 est parfaitement consolidée; la pression de la gencive à ce niveau ne fait plus sourdre de pus. Les ligatures sont alors enlevées. La consolidation des molaires inférieures est loin d'être satisfaisante. La mobilité des quatre incisives inférieures reste inchangée.

— Le 21 mars 1953, la malade subit l'implantation massive

de deux placentas et de deux amnios au maxillaire supérieur, deux amnios aux pieds des incisives inférieures. Les suites opératoires sont bonnes. La malade est revue le 26 mai 1953; les implants sont pratiquement résorbés; la mobilité des molaires et des incisives inférieures est très nettement diminuée, en particulier d4 et g4.

— L'état général de la malade est sensiblement amélioré.

P... Marguerite, 42 ans.

Histoire de la maladie :

Début des premiers signes il y a cinq ans par gingivorragies, légère mobilité des molaires supérieures droites, suppuration au niveau du bloc incisif inférieur.

— Examen le 23 avril 1953.

— Formule dentaire : manquent G5 et d6 avec mésiogression de d7. Gencives très congestives, saignant au moindre contact. Mobilité marquée des incisives inférieures et très importante de d7, g6, g7, D6, D7. Important cul-de-sac au niveau des racines mésiales de d7 et D7.

— Diagnostic radiologique : résorption alvéolaire marquée au niveau des incisives inférieures et pertes de substance autour des racines de g6, g7, d7, D6, D7. Le processus destructif paraît faire le tour des apex des racines mésiales de d7, g7, D7.

— Diagnostic clinique : paradentose atrophique avec résorption verticale localisée.

— Traitement : ablation du tartre sus-ginvigal des incisives inférieures; détartrage profond de d7, g7.

On place des ligatures sur les molaires inférieures très mobiles.

— Le 2 mai 1953, la malade subit l'implantation massive de 6 amnios répartis aux deux maxillaires; les suites opératoires sont

normales; il persiste pendant quinze jours une légère induration au niveau de l'incision inférieure.

Quinze jours après, la malade est revue; les gencives ont repris une coloration rose; la mastication, autrefois pénible du côté droit, est redevenue normale. On enregistre déjà une diminution légère de la mobilité des incisives inférieures.

— Revue le 1er juillet 1953. La mobilité des incisives inférieures est nulle. La gencive, autrefois décollée à ce niveau, sertit parfaitement le collet des dents.

La mobilité de d7, g7 et D7, bien qu'atténuée, persiste encore.

La malade accuse une amélioration subjective considérable.

B... José, 43 ans; profession : garçon de café.

Histoire de la maladie :

Très long passé de congestion, de suppuration, de douleurs spontanées au niveau des muqueuses gingivales. La mobilité de toutes les dents est apparue il y a dix ans, nécessitant l'avulsion de D1, G5. Douleurs pénibles à la mastication, au chaud, au froid et aux aliments sucrés.

— Examen le 9 avril 1953.

— Formule dentaire : manquent G1 et G5; dents de sagesse en position normale.

Gencives œdématiées, d'aspect terne. La pression fait venir du pus au niveau de toutes les dents. La mobilité de G4, g1, g2, d1, d2, est extrême. Culs-de-sac importants au niveau de G1, G4, D4, g1, d1.

On ne note pas de traumatisme occlusal décelable; pas de tartre.

— Signes fonctionnels : la mastication est pénible et les douleurs provoquées par les boissons froides sont vives.

— Diagnostic clinique : paradentose inflammatoire avec atrophie horizontale généralisée.

— Examen de laboratoire :

Vitesse de sédimentation des hématies : 18 mm. la première heure; 40 mm. la deuxième heure; 56 mm. la quatrième heure.

Réaction de Vernes : 12°.

Nombre des hématies : 4.760.000; leucocytes : 6.800; avec polinucléaires neutrophiles : 58 %; éosinophiles : 2 %.

— Hémoculture gingivale : streptocoque viridans.

— Diagnostic radiologique : la résorption de l'os alvéolaire est généralisée et très importante. Les incisives inférieures ne tiennent que par l'extrémité de leurs apex. On note des pertes de substance entourant les racines de G4, D4, D5.

— Examen général : le malade présente des signes discrets d'éthylisme chronique avec tremblement des extrémités. Pharyngite chronique par abus du tabac. Foie légèrement augmenté de volume, teint subictérique.

— Traitement : le malade reçoit 10 injections d'extraits placentaires répartis aux deux maxillaires. Le 2 mai 1953, le malade reçoit une implantation massive de 6 ampios aux maxillaires supérieur et inférieur.

Suites opératoires normales. Légère consolidation des dents huit jours après l'intervention, puis reprise de la suppuration avec récidive de tous les signes antérieurs. L'haleine est fétide, et nous avons l'impression que l'état du malade s'est subitement aggravé. Nous prescrivons des bains de bouche antiseptiques, une cure de suppositoires de placenta et demandons une nouvelle consultation dans un mois.

Le malade est revu le 5 juin 1953.

La suppuration est complètement tarie. La mobilité est nettement moins marquée qu'au début du traitement. Les gencives

ont repris un meilleur aspect. Nous n'avons pas noté chez lui d'amélioration de l'état général.

C... André, docker, 48 ans.

Histoire de la maladie :

Début en 1951 par une suppuration abondante au niveau des collets de toutes les dents du maxillaire inférieur. Poussée de stomatite érythémateuse depuis une dizaine d'années. Ebranlement rapide des blocs incisifs supérieurs et inférieurs nécessitant l'avulsion de g1. Abcès pyorrhéiques au niveau de d1 au début de 1952.

— Examen général. Maladies antérieures : pleurésie séro-fibrineuse à l'âge de 25 ans et paludisme chronique.

Signes d'imprégnation éthylique. Petite hypertension artérielle. Varices des membres inférieurs avec ulcère variqueux.

— Examen local : très mauvaise hygiène de la bouche, avec tartre sus-gingival abondant, haleine fétide.

— Signes fonctionnels : douleurs diffuses surtout marquées au niveau du bloc incisif inférieur. Mastication très pénible et sialorrhée intense.

— Examen formule dentaire : manquent g1 et g7. Gencives violacées, tuméfiées, surtout au niveau du bloc incisif inférieur; la sonde pénètre à ce niveau dans un cul-de-sac de 1 centimètre. La palpation nous montre une tuméfaction de la grosseur d'une noisette occupant le vestibule en face de d2, d3, douloureuse, et faisant sourdre un pus abondant.

La mobilité de toutes les dents du maxillaire inférieur est extrême, surtout d2, g1, g2. La mobilité du bloc incisif supérieur est moyenne.

Examen radiologique : atrophie horizontale du rebord alvéolaire de tout le maxillaire supérieur; au maxillaire inférieur, la résorption horizontale est beaucoup plus marquée. Il y a une alvéolyse presque complète au niveau du bloc incisif inférieur.

— Hémoculture gingivale : streptocoque type B de Sherman (viridans).

— Diagnostic clinique : paradentose mixte atrophique et inflammatoire.

— Traitement : détartrage soigné, désinfection buccale pendant quinze jours. 6 implantations au trocart alternées d'amnios et de placenta, aux maxillaires supérieur et inférieur, espacées chacune de huit jours; les implantations sont terminées le 8 janvier 1953. Amélioration subjective considérable. Légère consolidation des molaires inférieures. La tuméfaction au niveau du bloc incisif inférieur a complètement disparu, mais les incisives inférieures restent extrêmement mobiles. Ce résultat est obtenu au bout d'un mois. Le malade est revu en mai 1953; sa paradentose paraît stabilisée; les gencives ont repris une coloration plus rose, mais une suppuration persiste au niveau des incisives inférieures. La mobilité du bloc incisif inférieur est restée inchangée.

Revu en mai 1953.

L'amélioration obtenue persiste. Nous conseillons une nouvelle implantation qui est refusée.

P... Christiane, 42 ans.

Histoire de la maladie :

Il y a cinq ans, par congestion des gencives, gingivorragies provoquées, douleurs diffuses au niveau du bloc incisif supérieur, puis légère atrophie des gencives dénudant les collets. Peu à peu, apparaît une légère mobilité aux blocs incisifs supérieur et inférieur; recrudescence des poussées congestives au moment des règles

entraînant à ce moment-là des douleurs provoquées par la mastication.

— Examinée le 5 mai 1953.

— Formule dentaire : manquent G5, D4.

La muqueuse gingivale est extrêmement congestive. L'hygiène buccale est excellente; on ne note pas de tartre sus et sous-gingival. La malade souffre à la mastication et à l'ingestion de liquides chauds et d'aliments sucrés.

— Signes physiques : les blocs incisifs supérieur et inférieur sont légèrement mobiles. Pas de culs-de-sac périodontaux.

— Examen général : sujet paraissant en parfaite santé; l'examen digestif est entièrement négatif. Réglée normalement; deux grossesses normales.

— Hémoculture gingivale : négative.

— Diagnostic radiologique : légère atrophie généralisée du rebord alvéolaire, plus sensiblement marquée au niveau du bloc incisif inférieur.

— Diagnostic clinique : paradentose atrophique au début.

— Traitement, le 10 mai 1953 : implantation massive de six amnios répartis aux maxillaires supérieur et inférieur. Suites opératoires normales avec œdème sous-orbitaire pendant trois jours; les points sont enlevés le sixième jour.

Revue un mois après : les gencives ont repris une coloration normale, les dents sont absolument consolidées, les douleurs antérieures ont complètement disparu.

D..., 46 ans. Examinée le 18 décembre 1952.

Histoire de la maladie :

Il y a un an, apparaissent des gingivoragies spontanées et pro-

voquées, puis bientôt s'installe une légère suppuration au niveau du bloc incisif supérieur. La gencive se rétracte rapidement, dénudant les collets de G1 et G2. Ces dents deviennent légèrement mobiles. Aux blocs incisifs inférieur et supérieur, la malade se plaint de prurit gingival; le brossage violent permet une hémorragie qui la soulage.

— Examen formule dentaire : manquent G3, d5, d6, d7, d8, g4, g5, g6, g7, g8, perdues par caries. Un appareil amovible correct remplace les dents inférieures extraites.

L'hygiène buccale est satisfaisante. La muqueuse gingivale est très congestionnée. Pas de tartre sus-gingival. Le moindre contact de la muqueuse provoque un saignement.

On note une légère mobilité de tout le bloc incisif inférieur et de G1 et G2. La pression digitale de la gencive à ce niveau fait sourdre une légère suppuration. La gencive est extrêmement rétractée au bloc incisif inférieur.

— Hémoculture gingivale : bacilles Gram +, fins, allongés. Très grand polymorphisme. Culture très lente. Acidification du lait sans coagulation. Identification du germe : lactobacillus odontolytiens.

— Diagnostic radiologique : atrophie importante de l'os alvéolaire des régions incisivo-canines supérieure et inférieure.

— Examen général : long passé de colibacillose et d'entérite chronique. Tempérament neuro-arthritique. Asthénie importante. Migraines fréquentes. Tests hépatiques normaux. Tous les traitements médicaux entrepris n'ont donné aucun résultat.

— Traitement : dès sa venue dans le service, on a entrepris une série de dix injections d'extraits placentaires lyophilisés répartis dans les deux maxillaires. Revue un mois après la fin du traitement, l'état gingival nous paraît très amélioré. La congestion est nettement atténuée. Les gingivoragies spontanées et provoquées ont disparu. La suppuration a persisté bien que minime. La mobilité des dents est inchangée.

L'état général de cette malade a été très sensiblement amélioré. Malgré nos conseils, la malade a refusé l'implantation.

B... Germaine, 46 ans.

Histoire de la maladie :

Il y a deux ans, par congestion intense des gencives. Gingivoragies spontanées, suppuration légère entraînant une fétidité de l'haleine. Puis, il y a un an, léger ébranlement du bloc incisif supérieur et de d1. Ces poussées congestives coïncident avec les règles.

— Examen le 1er avril 1953 : tout le paradentium est extrêmement congestif et œdémateux. La gencive est rétractée et dénude largement les collets des incisives supérieures et inférieures. Le moindre contact provoque une gingivoragie.

— Formule dentaire : manquent g5 et g6 remplacées par un bridge (piliers g4 et g7). Le bloc incisif supérieur est en vestibuloposition entraînant une béance incisive marquée. La racine de d1 est très déchaussée et dénudée presque jusqu'à son apex. La mobilité est marquée aux blocs incisivo-canins supérieur et inférieur. La sonde ne montre pas de clapier. Il n'y a pas de phénomène douloureux, mais la pression digitale des gencives fait sourdre du pus.

— Examen général : cette malade a un long passé d'entérite chronique évoluant par poussées successives persistantes malgré un traitement médical énergique. C'est une malade anxieuse, agitée, au sommeil très difficile. Bien réglée, pas de grossesse.

— Examen radiologique : on note une atrophie légère de tout le rebord alvéolaire. Au niveau des blocs incisivo-canins supérieur et inférieur, la résorption alvéolaire est très importante, particulièrement au niveau de d1.

— Diagnostic clinique : paradentose atrophique et suppurative.

— Traitement : le 5 mai 1953, cette malade subit l'implantation massive de six amnios répartis aux maxillaires supérieur et inférieur. Les suites sont normales, œdème sous-orbitaire pendant trois jours, les points sont enlevés le sixième jour.

Revue le 17 juin 1953. La malade est légèrement améliorée. La suppuration est très atténuée mais persiste très discrètement au

niveau de G1 et D2. La coloration des gencives a pris un aspect nettement moins congestif. La mobilité reste inchangée.

Observations fournies par le Docteur Bertolini, de Pise.

B... Jean, 50 ans, directeur de banque.

— Début de la maladie : il y a dix ans.

Paradentose chronique diffuse avec importante sécrétion de pus. Haleine fétide. Toutes les dents sont devenues mobiles. Divers traitements ont été tentés sans résultat.

— Examiné en janvier 1952.

Malade très asthénié avec symptômes évidents de sénilité précoce.

Aucune affection générale ne peut être diagnostiquée.

Nous le traitons par le sérum cytotoxique anti-réticulocytaire.

L'état général s'améliore notablement. La sécrétion de pus diminue, mais persiste.

La thérapeutique tissulaire est entreprise : le malade subit quatre implantations, espacées de quinze jours, de placenta et d'amnios dans la cavité buccale.

Les implants d'amnios sont très vite résorbés (en une semaine), les implants de placenta donnent des réactions œdémateuses et fébriles et ne se résorbent qu'au bout de trois semaines. Tous les trois jours, entre les implantations, on pratique une injection d'extraits placentaires intra-gingivale. Après une série de vingt injections, la sécrétion de pus a totalement disparu, les culs-de-sac se sont comblés, excepté trois très profonds qui furent excisés chi-

rurgicalement. Les résultats persistent six mois après la fin du traitement.

G... Lilia, 42 ans.

— Début de la maladie en 1951.

Paradentite subaiguë légère avec douleurs assez intenses périodentales diffuses.

— Examen général : janvier 1952.

Bon état général. En train de constituer sa ménopause.

— Examen local : légère mobilité des dents, gencives très congestives.

Nous pratiquons trois implants d'ammios et un de placenta. Suites opératoires bonnes.

Quelque temps après, disparition des douleurs, et légère amélioration de la paradentite. Quelques mois après, nous constatons la reprise de tous les signes antérieurs. L'amélioration de l'état buccal ayant été très fugace.

BILAN ET CONSIDERATIONS SUR LES OBSERVATIONS

Pendant une année, nous avons traité les paradentoses par la thérapie tissulaire. Malgré certains échecs complets, quelques résultats peu probants et aussi des améliorations convaincantes, nous restons persuadés de son incontestable activité.

Nous n'avons pas pu apporter des précisions sur l'identification biochimique de biostimulines. Quant au mécanisme d'action, certaines données expérimentales et quelques hypothèses séduisantes, mais mal démontrées, peuvent être résumées.

a) Les biostimulines sont des facteurs de prolifération et de croissance cellulaire.

b) Elles excitent le fonctionnement du système réticulo-endothélial.

c) Elles semblent agir sur le couple hypophyse-surrénale (Test de Thorn) au même titre que la cortisone.

L'avantage de cette hypothèse est de donner une explication scientifique à des constatations empiriques et surtout de réaliser une unité des traitements de terrain.

Si nous faisons un bilan des observations, nous pouvons conclure que sur 21 cas dont 14 nous sont personnels, nous avons :

— 3 améliorations considérables avec disparition de la suppuration, des phénomènes douloureux, de la mobilité des dents et avec une recoloration normale des gencives,

— 14 résultats faibles avec rechute partielle; mais toujours avec suppression des phénomènes congestifs et douloureux,

— enfin, 4 cas douteux ou nuls.

En aucun cas nous n'avons constaté de modifications radiologiques de l'os alvéolaire.

Les hémocultures gingivales, de contrôle après le traitement ont montré la présence du germe initial.

Nous nous sommes efforcés dans la mesure du possible de traiter ces malades par la méthode de Filatov seule, pour démontrer ainsi quel appoint précieux la thérapie tissulaire peut apporter au traitement des paradantoses.

ACCIDENTS ET INCIDENTS

Ils sont rares et nous pouvons les grouper en réactions locales, allergiques et focales.

I. — Réactions locales.

a) **Avec les extraits placentaires.** — Certains sujets ont accusé quelques phénomènes douloureux trois à quatre heures après l'injection intra-gingivale, ceux-ci cèdent très vite à l'absorption d'anti-névralgiques à petites doses. Les implants peuvent s'infecter et s'expulser, cette possibilité est rare si la technique est bonne et l'aseptie rigoureuse.

b) **L'hématome.** — Par insuffisance d'hémostase, l'hémorragie boursouffle la plaie opératoire et entraîne l'élimination rapide de l'implant. Il faut veiller soigneusement à éliminer tout saignottement avant la fermeture au fil de lin.

Ces deux incidents sont exceptionnels et la cicatrisation est le plus souvent parfaite et sans séquelles.

II. — Réactions allergiques.

Dans deux cas, nous avons constaté, quelques instants après l'injection d'extraits placentaires un érythème ortié de la face s'accompagnant de larmoiements. Ce phénomène apparaissait vers la quatrième injection et se prolongeait une heure environ. Ces incidents n'ont pas gêné la poursuite du traitement et ont disparu avec l'arrêt de la médication.

III. — **Réactions focales.**

La thérapie tissulaire est contre-indiquée chez les sujets atteints de tuberculose pulmonaire évolutive. Le Professeur Gate a observé une aggravation nette d'une tuberculose pulmonaire après un implant pour un psoriasis.

Sénéchal a présenté un cas d'aggravation brusque d'un cancer du col de l'utérus passé inaperçu, à la suite d'implant d'amnios pour moignon douloureux. Ces réactions sont en fait peu fréquentes, mais il est indispensable de les connaître et d'observer la plus grande prudence.

Mais dans l'ensemble, la thérapie tissulaire est inoffensive et de maniement facile entre des mains averties.

CONCLUSIONS

1. La méthode de Filatov, méthode de régénération tissulaire et de modification de terrain a été mise en pratique dans le traitement des formes congestives et suppurées des paradentoses soit par inclusion de fragments amniotiques et placentaires soit par injection d'extraits tissulaires.

2. Si l'on en juge par les 21 observations publiées, les résultats sont sujets à des variations. Ils sont positifs dans 17 cas, négatifs dans 4 cas.

3. L'amélioration porte essentiellement sur la douleur, sur les phénomènes inflammatoires en particulier la congestion et la suppuration. La mobilité des dents n'est influencée que dans quelques cas heureux et si la lyse alvéolaire est peu marquée. Les radiographies de contrôle montrent que la consolidation des dents ne s'acompagne pas de régénération osseuse.

4. Plus rapides dans leur action, mais moins efficaces, les extraits placentaires doivent être réservés au traitement d'attaque ou comme thérapeutique complémentaire. Les implantations de placenta ou d'amnios, d'action plus lente et plus durable, restent la technique de choix; les suites opératoires sont simples. Les injections d'extraits placentaires donnent parfois des réactions douloureuses.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes Condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes Confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes. Si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

VU : *Pour le Doyen.*
le 6 Juillet 1953,
L'Assesseur,
R. SIGALAS.

VU, BON A IMPRIMER :
Le Président,
X. J. DUBECQ

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Bordeaux, le 10 Juillet 1953.
Le Recteur,
E. DELAGE

BIBLIOGRAPHIE

THERAPEUTIQUE TISSULAIRE (en dermatologie). — Thèse de PRUNIERAS. Travail de la Clinique de Dermato-Syphiligraphie de l'Antiquaille (Prof. GATE).

THERAPEUTIQUE TISSULAIRE (en ophtalmologie). — Thèse de DURIX. Hôpital de l'Antiquaille, à Lyon.

PENTINI (G.) (Pise). — Effets biologiques expérimentaux de la thérapie tissulaire. *Annales d'histothérapie*, p. 123, juin 1951.

BANDITTINI. — Studio sul comportamento de Sistema istiocitario nella gengiva dopo trattamento con estratti placentari. Extrait de la revue *Clinica Odontoiatrica*, an. VII, 1952, n° 12.

BERTOLINI. — 1. Expérience sur la thérapie tissulaire selon FILATOV, 1951. — 2. Thérapeutique stimulante des paradentoses avec les extraits tissulaires selon FILATOV. *Nova Acta Stomatologica*, vol. III, n° 2, 1951.

BRANZI. — Thérapeutique médicale des paradentoses. Corrélation au XXVI[e] Congrès National de Stomatologie, sept. 1951.

DOMINIK. — Extraits placentaires dans la thérapeutique des processus inflammatoires dans la muqueuse buccale.

POLSKI. — Tygodnik - Le Harski, 1949.

ZELENT. — Théorie istio-biochimique sur l'action des biostimulines de FILATOV. Documentation histologique expérimentale de leur action sur les animaux soumis à l'expérimentation. *Société Médico-Chirurgicale de Reggio Emilia*, 12 juin 1951.

GATÉ et VACHON. — Thérapeutique tissulaire.

Demarchi. — Thérapeutique tissulaire en stomatologie : annales d'histothérapie, avril 1952.

Données expérimentales de la méthode de Filatov. — Serge Tolstoï, *in Presse Médicale Paris*, 23 mai 1952.

Therapeutique tissulaire par les extraits placentaires : Docteurs Novotny et Kubulka. — Première clinique stomatologique de Prague. Extrait de la *Revue Paradontologiel*, mai 1949.

Les hémocultures gingivales ont été pratiquées par le Docteur Nicoli. Thèse Bordeaux, le 8 juillet 1953.

Les implants de placenta et d'amnios nous ont été fournis par les Laboratoires « SOCA », Monte-Carlo.

Les extraits placentaires lyophilisés, employés pour notre expérimentation sont fabriqués par les Laboratoires Roussel.

TABLE DES MATIERES

Introduction 11

La Méthode de Filatov 15

Applications thérapeutiques de la méthode de Filatov dans les paradentoses 29

Observations 35

Bilan et considérations sur les observations 61

Accidents et incidents 63

Conclusions 65

Bibliographie 69